

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Joseph SOLELIS

Né à St-Jean-des-Œilières (Puy-de-Dôme), le 10 Mars 1875

DU

VOMISSEMENT PÉRIODIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

ROGER et DESGREZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

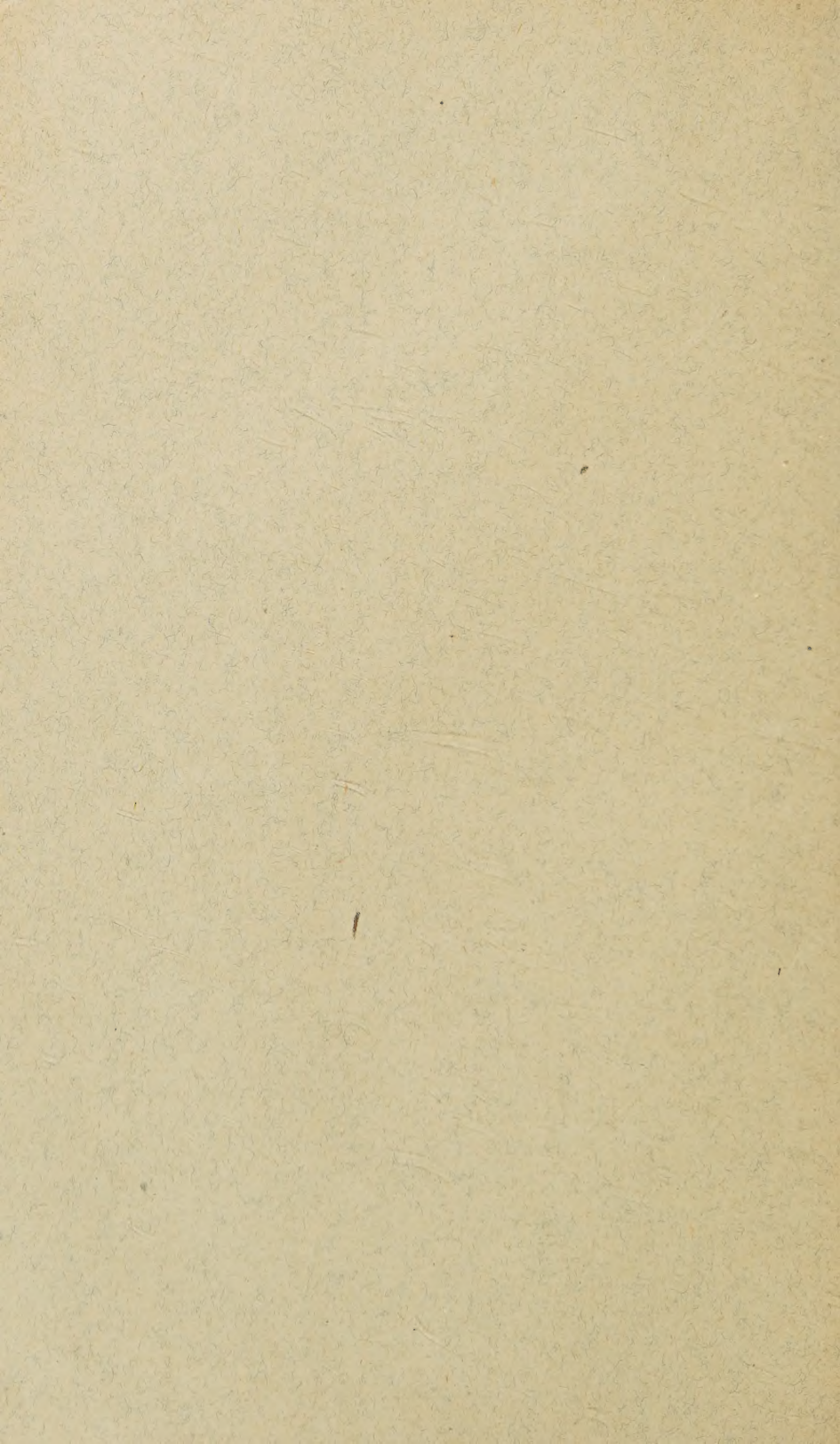
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Joseph SOLELIS

Né à St-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme), le 10 Mars 1875

DU

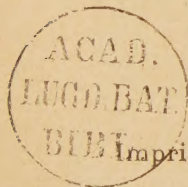
VOMISSEMENT PÉRIODIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

ROGER et DESGREZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin à l'Hôpital des Enfants malades

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Du vomissement périodique chez les enfants

Avant-Propos

En terminant nos études médicales, nous venons rendre hommage aux maîtres qui nous ont guidé et encouragé pendant six ans.

Nous remercions tout d'abord nos premiers professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont : MM. les professeurs Dourif, Tixier, Planchard, Maurin, et surtout M. le Professeur Bousquet pour la façon habile avec laquelle il dirigeait nos études. Nous leur devons à tous de précieuses notions de clinique chirurgicale, médicale et obstétricale.

A Paris nous avons été attaché au service de M. le Dr Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades. Nous garderons une grande reconnaissance pour la peine qu'il a prise à nous enseigner la clinique et la thérapeutique infantiles. Nous avons

continué à suivre ses intéressantes consultations du mardi. C'est là qu'il nous a donné l'idée de cette thèse inaugurale.

Nous avons fréquenté pendant un an le service de M. le Dr Barth, médecin à l'hôpital Necker. Nous n'oublierons pas l'accueil sympathique qu'il a bien voulu nous faire.

Enfin nous avons été assez heureux pour faire notre stage d'accouchement à la clinique Tarnier. Nous avons suivi, avec beaucoup d'intérêt, l'enseignement pratique de M. le Professeur Budin, sur les femmes en couche et les nouveau-nés.

Monsieur le Professeur Debove a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous remercions ce maître éminent pour l'honneur qu'il nous fait.



Introduction

Le vomissement est un phénomène assez banal chez l'enfant. Dans la première enfance, il est la plupart du temps le résultat d'une alimentation défec-tueuse ou mal réglée. On voit beaucoup d'enfants nourris au sein vomir à chaque tétée sans que l'état général en soit modifié. Ces enfants ont pris trop de lait et ils rendent le trop plein de leur estomac sur-chargé. C'est plutôt une régurgitation qu'un vomis-sement.

Chez les enfants nourris au biberon, à la sur-charge alimentaire s'ajoute une infection gastro-in-testinale due à la mauvaise qualité du lait, et surtout à la malpropreté des ustensiles. Le biberon à tube est à ce point de vue un agent déplorable, et son emploi devrait être rigoureusement proscrit. La diarrhée, l'athrepsie sont les conséquences presque fatales de son usage, et on peut lui reprocher une grande partie de la mortalité infantile à Paris.

Les enfants qui survivent à ce régime seront plus tard des rachitiques, et c'est avec la dyspepsie,

une dilatation de l'estomac, et des vomissements, qu'ils entreront dans la seconde enfance.

A partir de l'âge de deux ans, la valeur séméiologique du vomissement augmente. S'il n'indique parfois qu'un état de malaise passager, s'il est l'indice d'une lésion de l'estomac, il est souvent aussi un cri d'alarme ! Par son association avec d'autres symptômes, il acquiert une grande importance dans le diagnostic des maladies de l'enfance. Tels sont les vomissements de la méningite tuberculeuse, de la péritonite, de l'occlusion intestinale, de l'appendicite, etc. ; tels sont les vomissements qu'on observe au début des fièvres éruptives et de la plupart des maladies infectieuses.

A côté de ces vomissements symptomatiques, soit de troubles gastro-intestinaux, soit d'une infection, il existe un syndrome assez obscur et fort peu connu, qui se traduit par des crises périodiques de vomissements et par un état général grave contrastant avec un état de bonne santé habituel.

Cette affection a été décrite chez l'adulte par Leyden (1) sous le nom de vomissement périodique. Les troubles qu'il avait observés étaient absolument caractéristiques : vomissements survenant par crises à intervalles assez réguliers, accompagnés d'une constipation absolue. Pendant les crises, le ventre était rétracté. Pas ou peu de fièvre, mais pouls fréquent ; urines rares et quelquefois même anurie

complète. Dans l'intervalle des accès, santé parfaite. Leyden signalait en outre quelques douleurs dans les membres inférieurs et autour du tronc.

Charcot (5) et Rémond (de Metz) (6) veulent que les malades observés par Leyden aient été des ataxiques. Pour Charcot, le vomissement périodique ne différerait pas des crises gastriques déjà signalées par l'Ecole de la Salpêtrière en 1868.

C'est à partir de 1893 que les auteurs américains ont étudié le vomissement périodique chez l'enfant. Snow le premier en publie des observations sous le nom de névrose gastrique (9). Holt (11), Christopher, Rotch, Seibert, avaient observé eux aussi des cas analogues, et s'ils ne les avaient décrits d'une façon spéciale, ils avaient du moins été frappés par la périodicité de certaines crises de vomissements.

Nous retrouvons le vomissement périodique comme une des manifestations de l'uricémie infantile dans un travail de Rachford publié en 1897 (10); mais c'est à Whitney (12) que revient l'honneur d'avoir repris chez l'enfant l'étude que Leyden avait faite chez l'adulte. Il décrit le vomissement périodique sous le nom de vomissement cyclique.

Enfin, M. le Dr Comby (2), après avoir observé le vomissement périodique tant dans sa clientèle privée qu'à sa consultation, attire l'attention sur ces cas rares. C'est à lui que revient l'idée première de ce travail.

Observations

OBSERVATION I (Résumée)

Publiée par le Docteur Snow. — The archives of Pédiatries.
Décembre 1893

Enfant âgée de 8 ans. Père médecin. Grand père alcoolique. La mère a eu des convulsions dans son enfance. Elle est à présent rhumatisante. Une sœur est morte épileptique à 8 ans.

Née à terme. Nourrie au sein par la mère.

Seyrée à 10 mois. Première dent à 11 mois. Marche à 22 mois. Grosse tête de rachitique, faiblesse des membres inférieurs. Rougeole à 3 ans. Varicelle à 6 ans.

A 19 mois. elle eut pour la première fois des crises de vomissements.

En novembre 1887 elle eut des convulsions qui furent suivies d'une crise légère de vomissements. Tous les aliments et boissons étaient rejetés. L'enfant ne paraissait pas trop souffrir. Température 38°. On administra un laxatif qui n'eut aucune action sur les vomissements et la fièvre. — Cet

état dura 5 jours. Après quoi, l'enfant reprit de l'appétit et des forces.

En septembre 1888, deux nouvelles crises caractérisées par des convulsions, des vomissements et un état général plus grave que lors des crises précédentes..

En 1889, deux crises précédées de convulsions, durant chacune 5 jours.

En mai 1890, une nouvelle crise survint qui différa des précédentes par le mode de début. Il n'y eut pas de convulsions, mais une poussée d'amygdalite.

De mai 1890 à mai 1892, six crises se succèdent à des intervalles de 3 à 4 mois. — A l'une d'elle, il y eut une hématomèse assez abondante. La crise de mai 1892 fut très violente et succéda à une amygdalotomie. Elle dura six semaines.

Nouvelles crises en août et décembre 1892. Elles étaient prévues par le médecin et par la famille.

La crise de janvier 1893 fut bien observée. L'enfant était abattue, restait indifférente, refusait toute nourriture. Pâleur du visage. Langue saburrale. Température 38° 5. Pouls 126. Pas de céphalalgie. Paroi abdominale rétractée, ventre creusé en bateau comme dans la méningite tuberculeuse. Constipation absolue. — Dans l'intervalle des accès la digestion était normale. — Toutes les médications employées restaient sans effet.

7 semaines après, j'étais appelé de nouveau. Après une leçon difficile sur la soustraction, l'enfant avait été prise de malaise et avait du quitter l'école. Rentrée chez elle, elle se mit au lit, et l'on vit se dérouler le cortège habituel des symptômes. Le liquide vomi était très acide. Traité par la

phloroglucine vaniline il donna un excès d'Hcl. — J'ordonnai des alcalins, du bicarbonate de soude associé à la magnésie, mais ces médicaments furent en partie rejetés. En présence du peu de succès de cette médication, je pensai que ces vomissements pouvaient avoir une origine cérébrale. J'ordonnai dans ce sens du chloral et du bromure de potassium. Le résultat fut meilleur. Les vomissements diminuèrent d'intensité.

OBSERVATION II (Résumée)

(Publiée par le Dr Holt. — The Archives of pédiatries,
août 1897),

Garçon âgé de 10 ans, appartenant à une famille de médecins.

Père mort de méningite.

Dès ses premières années, il eut des crises de vomissements et des médecins avaient songé à la méningite tuberculeuse. Ces accès revinrent périodiquement tous les mois jusqu'à il y a deux ans et demi. L'enfant avait alors 7 ans.

Ces accès survenaient souvent en dehors de toute cause d'excitation. Ils duraient 2 à 3 jours. Tout traitement était inefficace. Les vomissements étaient très fréquents. En une seule nuit, dans une crise violente, l'enfant vomit 17 fois. Température peu élevée. Etat de demi-stupeur. Ventre creusé en bateau. Constipation. Irrégularité du pouls et de la respiration. A l'examen des urines on trouve que la propor-

tion d'acide urique qui est au-dessus de la normale entre les accès — une partie d'acide urique pour 55 d'urée, tombe à 1 pour 160 pendant les accès. Ces crises ont une grande analogie avec les accès de migraine chez l'adulte.

OBSERVATION III (Résumée)

(Publiée par le Dr Rachford. The Archives of pédiatries,
septembre 1897)

Garçon né de parents arthritiques. Les familles du père et de la mère comptent des goutteux depuis plusieurs générations. A partir de l'âge de 2 mois, il souffrit de crises gastro-intestinales survenant toutes les 4 à 6 semaines. Toutes ces crises étaient semblables, caractérisées par des vomissements, de la constipation et un mauvais état général.

Les premières furent attribuées à la mauvaise qualité du lait, on donna du lait stérilisé par petites quantités à la fois, et à heures fixes. L'enfant gagna du poids, mais les crises recommencèrent.

La dernière date du 8 février 1897 ; elle avait été prévue.

Le 8, l'enfant prit une petite dose de lait qu'il rendit. Le 9, même état ; le 10 au soir, la température était de 38,5.

Le 11, état alarmant. Dyspnée. Fétidité de l'haleine. Inappétence absolue.

Le malade ne prend qu'un peu d'eau, qu'il vomit aussitôt.

Le soir la température est de 39. Calomel.

Le 12, l'état général est le même. Les vomissements continuent ; la constipation persiste. La prostration est très grande. Température 38°5.

Le 13, l'enfant prend un peu de lait. Dyspnée moins accentuée. Température 38°.

Le 14, la convalescence commence, température normale. Point ou peu de dyspnée. Quelques selles grasses.

Le 1^{er} mars, l'estomac tolère quelque nourriture, du lait, de la tisane d'orge. — A chaque repas, l'enfant prend une cuillerée à thé d'une solution saturée de sulfate de soude et un gramme de salol.

Il est intéressant de mentionner que le frère de ce malade avait eu dans son enfance des crises semblables. Ces crises s'étaient modifiées avec l'âge et avaient fait place à des accès de vraie migraine

OBSERVATION IV (Résumée)

(Publiée par le Dr Whitney. — The archives of pédiatries. —
Novembre 1898)

Edouard G., 8 ans 1/2. Mère forte et bien portante. Le grand-père maternel était goutteux. Père tuberculeux. Une tante avait présenté des troubles mentaux, un oncle s'était suicidé après 6 mois de démence. Un frère mort de scarlatine à 2 ans 1/2.

Le 21 juin 1898, les parents m'appelèrent auprès de cet enfant pour un ensemble de symptômes qu'ils savaient, par

expérience, être précurseurs d'une crise gastrique. Les yeux étaient cernés, la langue sale, la respiration difficile. Pouls 120, température 38°, ventre ballonné.

Le 23, l'enfant se mit à vomir et les vomissements durèrent 24 heures. Ils étaient très acides et contenaient du sang. Insomnie. Pas de céphalalgie. Pas de douleur dans le ventre.

Le 25, état meilleur, les vomissements ont cessé. Température normale.

Le 26, l'estomac est plus tolérant et garde quelques cuillerées de lait. Convalescence rapide.

Cette crise n'eût présenté par elle-même aucun intérêt, si l'on eût ignoré les antécédents personnels de l'enfant. Elle avait été précédée à intervalles réguliers de crises exactement identiques.

La première crise sérieuse date du 14 septembre 1895. Pendant 5 jours, les vomissements furent incoercibles, l'état général grave avec pouls précipité et irrégulier.

Cinq autres crises se succédèrent régulièrement de 3 mois en 3 mois et survinrent presque à jour fixe : le 23 décembre 96, le 20 mars 97, le 20 mai, le 18 août, le 18 novembre 1897. Les prodromes duraient de 12 à 24 heures, et les vomissements de 18 à 36 heures. Les médicaments étaient sans action sur la durée des crises. La diète agissait beaucoup mieux.

En dehors de ces crises l'enfant est bien portant, les digestions sont faciles. Nous avons affaire à une affection rare mais très intéressante que nous avons appelée : vomissement cyclique.

OBSERVATION V

(Publiée par M. le Dr Comby. — Archives de médecine des Enfants, Juin 1899)

Fillette de 11 ans, pâle, délicate, née avant terme. Elle a de temps en temps des crises très nettes de vomissement cyclique.

Parents arthritiques, goutteux, mère souffrant d'entérite muco-membraneuse. Un frère âgé de 12 ans est neurasthénique, a des idées tristes.

Bien que nourrie au sein, l'enfant a eu dès ses premières années des vomissements bilieux revenant tous les mois ou toutes les 6 semaines. Ils sont très intenses depuis un an, durent 48 heures, et s'accompagnent de fièvre et de céphalée. — Pendant ces crises, la petite malade rejette tout, boissons et aliments. Habituellement constipée, elle a de temps en temps des selles muco-membraneuses. Foie gros et douloureux à la pression.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Comby)

24 mai 1899. — Garçon âgé de 7 ans. — Mère saine et vigoureuse. — Père arthritique. Il est goutteux et a eu des coliques hépatiques.

Solelis

L'enfant est pâle et maigre, habituellement constipé.

Tous les 5 à 6 mois, il est pris de vomissements incoercibles avec intolérance gastrique absolue. — Les vomissements s'accompagnent de fièvre et d'un état général grave. Puis brusquement les accidents disparaissent et l'enfant revient à la santé. Quand il est à la campagne ou au bord de la mer, il reprend des forces et l'état général est très bon. A l'examen des organes et de l'abdomen on ne trouve rien de notable.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Duc à l'obligeance de M. le Dr Comby)

25 mai 1899. — Fillette âgée de 9 ans. — Nourrie au sein mais alimentée prématurément. — A souffert dans sa première enfance, a marché tard, et a été rachitique.

Mère bien portante. — A allaité une autre fillette âgée de 3 ans, qui est saine et vigoureuse. Père migraineux.

A l'âge de 3 ans, la malade eut des accès de migraine bien caractérisés. Chaque accès durait 24 heures. Elle a toujours été chétive, maigre et pâle.

Il y a 9 mois, elle eut une crise de vomissements qui dura 3 jours, avec intolérance gastrique absolue, constipation opiniâtre. Pas de céphalalgie.

Il y a 3 mois, nouvelle crise, plus intense que la première, se terminant brusquement au bout de 3 jours.

Au moment des crises, les selles sont très rares et glai-reuses.

A l'examen des organes, on trouve un gros ventre, du clapotage à l'estomac ; chapelet costal, thorax en entonnoir, en un mot tous les stigmates d'un rachitisme ancien. On ne perçoit aucun point douloureux dans le ventre. Pas d'empâtement. Amélioration par le régime.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Comby).

Le 40 octobre 1899. — Fille de 12 ans. — Antécédents héréditaires : Mère arthritique. Grand'père et grand'mère maternels rhumatisants. — Grand'mère paternelle asthmatique. — Antécédents personnels : Enfant nourrie au sein par la mère jusqu'à l'âge de 4 mois, puis au biberon. A marché tard. Pas de maladies graves.

Depuis l'âge de 2 ans, elle souffre tous les 2 ou 3 mois de crises ainsi caractérisées : Début brusque. Vomissements bilieux incoercibles. Constipation. Abattement. Fièvre. Etat méningitique. Ces accidents durent 2 à 3 jours. L'intolérance gastrique est absolue. L'enfant ne peut boire une goutte d'un liquide quelconque sans la rejeter immédiatement.

Après la crise, la convalescence est rapide. En temps ordinaire, l'enfant se porte très bien, jusqu'au moment où, à l'improviste, éclate une nouvelle crise.

La dernière date de 8 ou 10 jours. Elle a été semblable aux autres : vomissements incoercibles, constipation, fièvre, etc., mais elle a été plus violente et a été suivie d'ictère,

En ce moment nous sommes en présence d'une fillette grande et maigre. La peau et les muqueuses sont colorées en jaune. Les urines ont une teinte acajou. Le pouls est fréquent, la fièvre légère. La constipation persiste. L'estomac est dilaté; on perçoit du clapotage à l'ombilic. La pression ne détermine aucune douleur. Tous les aliments sont rejetés, même le lait.

Nous prescrivons :

1° Un bain alcalin tous les jours, suivi de frictions sur tout le corps avec le baume de Fioravanti.

2° Calomel à doses fractionnées : 4 centigrammes en 4 doses.

3° Un grand lavage de l'intestin matin et soir avec de l'eau bouillie.

4° Du képhir par demi-tasses jusqu'à ce que l'alimentation redevienne possible.

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Recueillie chez M. le Dr Comby, à la consultation des
Enfants Malades)

Germaine L..., 12 ans, se présente à la consultation. Elle se plaint d'avoir de temps en temps des crises de vomissements.

Nourrie au sein maternel, elle a marché à 15 mois. Elle n'a jamais été malade.

Mère 35 ans, migraineuse. A eu 3 autres enfants qui

sont bien portants. Père mort tuberculeux à 33 ans. Rien chez les collatéraux.

L'enfant ne souffre pas en ce moment. La mère raconte que, tous les 2 mois environ, elle a une crise de vomissements. La première remonte à un an. Depuis elle en a eu 5 à 6. Pendant ces crises, les vomissements sont quotidiens, surviennent sans effort et sans douleur, au moment des repas ou après. Les crises durent de 15 à 20 jours. L'état général n'est pas sensiblement altéré ; l'enfant continue à jouer et à aller à l'école. Elle n'a pas de fièvre. Après le vomissement, le symptôme dominant est une constipation opiniâtre qui persiste en dehors des accès.

A l'examen des appareils, on ne trouve rien qui puisse expliquer ces troubles. Cœur et poumons sains. Pas de dilatation de l'estomac ; pas de douleurs à la région épigastrique. Pas de gêne ni de pesanteur après le repas. Aucun trouble de la sensibilité ; pas de points hystérogènes.

Traitement : Alimentation choisie. Paquets contenant : Bicarbonate de soude et magnésie calcinée. Exercice modéré. Frictions sèches. Enveloppements froids.

Il n'y a pas eu d'amélioration. L'enfant a eu depuis de nouvelles crises.

OBSERVATION X (Personnelle)

(Recueillie chez M. le Dr Comby, à la consultation des
Enfants malades)

18 juillet 1899. - - Charlotte D., 5 ans 1/2, née à terme.
Nourrie au sein par la mère jusqu'à 6 semaines, puis au

biberon. A marché à 11 mois. Première dent à 7 mois. Maladies antérieures. Coqueluche, rougeole, eczéma dans la première enfance.

Père 28 ans, garçon de café, très nerveux, alcoolique avec tremblements des doigts, crampes dans les mollets, cauchemars, troubles gastriques. Mère 26 ans, très nerveuse ; a tous les mois un accès de migraine ; habituellement constipée. Grand mère maternelle, 72 ans, bien portante ; a eu pendant une vingtaine d'années des poussées de pharyngite granuleuse. Le grand père paternel était gouteux. Une sœur de la mère est asthmatique.

La maladie actuelle remonte à 10 mois. La mère raconte qu'au mois de septembre dernier, l'enfant fut prise tout d'un coup de malaise et dut s'aliter. Puis elle se mit à vomir. L'intolérance gastrique était telle qu'une cuillerée à café d'eau de Vichy suffisait à provoquer le vomissement. Ces vomissements, alimentaires au début, devinrent bilieux vers la fin de la crise. Il y avait en même temps, de la fièvre, de l'agitation et du délire. Le ventre était creusé en bateau, la constipation opiniâtre. Un médecin consulté parla de méningite.

Cet état grave dura 5 jours. La crise cessa brusquement et la convalescence fut rapide.

Depuis cette époque, elle eût régulièrement tous les 2 mois une crise identique, avec les mêmes symptômes inquiétants, et ayant à peu près la même durée. Toutes ces crises débutent et finissent brusquement.

La dernière date du 10 juillet. Elle fut plus intense encore que les autres, et s'accompagna de coliques assez violentes. Un médecin parla encore de méningite et ordonna

la diète lactée, du calomel, une potion de Rivière, des cataplasmes chauds sur le ventre, arrosés d'huile de camomille camphrée ; tout cela resta sans effet. La crise dura 6 jours.

Cette crise passée, la mère, craignant le retour de ces « méningites », amène son enfant à la consultation.

La fillette est grande pour son âge, mais pâle et amaigrie. Elle ne souffre pas en ce moment et est très enjouée. A l'examen des appareils, nous trouvons une langue saburrale, un estomac dilaté avec clapotage jusqu'à l'ombilic. Le ventre est un peu douloureux à la pression. Rien au cœur, rien aux poumons. L'enfant est très nerveuse.

En temps ordinaire, elle mange beaucoup et à toute heure de la journée. Elle mange vite, et boit un litre de liquide par jour. Elle aime surtout les viandes. Sur les conseils d'un pharmacien, elle a usé largement des vins fortifiants.

Traitement : 1° Régime alimentaire. Régime végétarien. Légumes bien cuits et réduits en purée. Point ou peu de viande. De temps en temps un peu de viande blanche bien cuite et sans sauce. Faire 4 repas par jour, dont deux principaux, à heures régulières. Comme boisson 2 verres de lait ou d'eau rougie. Supprimer les boissons alcooliques et les vins réputés fortifiants.

2° Prendre à chacun des 2 principaux repas, dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude.	{	à 0.20 centigrammes.
Magnésie calcinée . . .		
Poudre de noix vomique		0.015 milligrammes.
Pour un paquet		N° 30

Les suspendre après 15 jours.

3° Tous les soirs, frictions sèches sur tout le corps avec un gant de crin.

4° Chaque matin une séance de drap mouillé d'une heure.

Nous revoyons notre petite malade le 10 octobre 1899. Nous la retrouvons absolument transformée. Elle a gagné du poids ; les joues sont colorées, elle a toutes les apparences d'une santé parfaite.

La grand'mère nous raconte qu'il y eut une menace de crise dans le courant de septembre. L'enfant fut légèrement fatiguée pendant trois jours, et eût deux vomissements. La constipation n'est plus qu'intermittente, la dilatation de l'estomac paraît moins accentuée. La langue est humide.

Il y a, comme on le voit, une grande amélioration. Et cependant la fillette n'a pas suivi intégralement nos prescriptions. Toute la journée, elle est sous la garde d'une grand'mère bienveillante qui permet volontiers quelques écarts de régime. D'un autre côté les parents sont tranquilisés. Ils ne sont plus hantés comme jadis par l'idée d'une méningite.



Description du Syndrome

D'après ces observations que l'on dirait calquées les unes sur les autres, il nous est facile de fixer les traits du vomissement périodique.

Un enfant, jusque là robuste et bien portant, est pris de vomissements incoercibles après une période prodromique d'une durée de 10 à 20 heures. Ces vomissements s'accompagnent d'une constipation absolue et d'un état général grave.

Les prodromes manquent rarement. Ils consistent en malaise, lassitude, changement de caractère, inappétence. L'enfant n'a de goût ni pour l'étude ni pour les jeux. Bientôt il se couche. Les traits non tirés, les yeux cerclés de noir, la langue sèche et saburrale. Parfois, il se plaint de douleurs dans le ventre ou à l'épigastre, douleurs mal localisées du reste, et sans signification précise.

Ces symptômes vagues inquiètent la famille et lui font redouter l'invasion d'une maladie grave.

Tout d'un coup, et sans que la moindre cause

occasionnelle puisse les expliquer, des vomissements surviennent, incessants, incoercibles, et fort pénibles. D'abord alimentaires, ils sont bilieux vers la fin de la crise. Parfois c'est un liquide très acre, très acide, qui brûle la bouche du malade. Dans quelques cas les vomissements ont lieu sans effort, comme dans la méningite.

Ces vomissements se reproduisent plusieurs fois dans les 24 heures, soit spontanément, soit après une tentative d'alimentation. Dans un cas cité par Holt, il y eut 17 vomissements en une seule nuit.

L'intolérance gastrique est absolue. L'estomac ne peut garder une seule goutte de liquide.

Le ventre est rétracté, creusé en bateau ; la constipation est opiniâtre. Les rares selles provoquées par des lavements sont putrides et glaireuses.

L'état général est mauvais. Il y a de l'insomnie et du délire. Dans quelque cas, la prostration est extrême ; le pouls est petit et irrégulier.

Malgré cela, la température n'est pas très élevée. Elle ne dépasse guère 39°. Chez les enfants un peu âgés, elle peut même ne pas s'élever au dessus de la normale (Whitney). Pour Rotch il y aurait plutôt hypothermie.

L'examen des organes est souvent négatif. C'est à peine si la palpation de l'abdomen détermine quelques vagues douleurs.

La fin de la crise est aussi caractéristique que le

début. La fièvre tombe tout d'un coup ; les vomissements cessent ; l'estomac devient peu à peu plus tolérant. Une nuit tranquille succède à plusieurs nuits d'insomnie et de cauchemars. La convalescence est rapide.

La durée de la crise varie entre 12 heures et 5 jours. On l'a vue se prolonger pendant 20 jours.

Telle est la forme habituelle de la crise de vomissements. Le tempérament nerveux de l'enfant peut en modifier les caractères. Le malade a eu des convulsions dans ses premières années ; on trouve dans ses antécédents héréditaires des nerveux, des alcooliques, des épileptiques, etc. La crise débute aussi par des convulsions, et les troubles nerveux occuperont une large place dans son évolution. L'enfant est irritable ; il n'a pas un seul instant de tranquillité. Ses nuits se passent en insomnie et cauchemars. Il se plaint de céphalée. Parfois des troubles vaso-moteurs se manifestent ; les extrémités sont froides. C'est dans ces cas en particulier qu'on parle de méningite tuberculeuse comme d'un diagnostic certain.

Les troubles de la respiration ne sont pas rares. C'est une dyspnée rappelant l'asthme dyspeptique, dyspnée *sine materia*, car on ne trouve aucun signe à l'auscultation du poumon.

Dans les cas les plus rares, enfin, l'état général n'est pas altéré. Le vomissement constitue tout le

mal. Une de nos malades continuait à jouer et à aller en classe.

Un grand nombre de ces enfants atteints de vomissement périodique sont en même temps dyspeptiques et ils le sont depuis longtemps. Ils ont été mal nourris dès leur première enfance ; i's ont été sevrés trop tôt, ou ont été nourris au biberon. On leur trouve un estomac dilaté, un gros ventre, et des stigmates de rachitisme ancien ; chapelet costal, thorax en entonnoir, etc. On serait donc tenté d'attribuer à cette dyspepsie, les crises de vomissements que nous avons décrites, s'il n'existait trois grands caractères.

Le premier est la périodicité. Les crises reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés, mais assez réguliers pour que des parents observateurs puissent en prévoir le retour. Whitney cite un cas typique à ce point de vue. Non seulement les crises revenaient régulièrement tous les 3 mois, mais encore ces crises apparaissaient à peu près le même jour du mois, du 18 au 20.

L'inefficacité fréquente de tout traitement sur la durée et sur l'intensité des accès est un caractère non moins remarquable.

Enfin dans l'intervalle des accès la santé est bonne. Les malades ne souffrent pas.



Etiologie. — Pathogénie

Nous venons de décrire le vomissement périodique d'après les faits cliniques observés ; nous entrons maintenant dans la partie vague et incertaine de la question.

Avant Leyden qui, en 1882, étudia le vomissement périodique chez l'adulte (1), l'école de la Salpêtrière avait signalé des crises gastriques chez les tabétiques. Leyden pense que l'affection qu'il décrit est une névrose absolument indépendante de l'ataxie locomotrice. Les émotions, le surmenage cérébral, l'abus de tabac, les traumatismes de la région épigastrique joueraient le rôle de causes déterminantes.

M. le professeur Debove (4), dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux le 11 janvier 1889, conclut comme Leyden à l'existence de ces crises gastriques indépendantes du tabès.

Charcot (5) ne peut l'admettre : « Il semble que
« lorsqu'on est en présence de cette forme clinique si
« accentuée, si originale, on ne puisse en aucun cas
« se méprendre et qu'on soit autorisé à conclure à

« l'existence du tabes ». Il admet d'ailleurs que dans certains cas, les douleurs qui jouent le principal rôle dans les crises gastriques du tabes, peuvent manquer.

Rémond (de Metz) (6) soutient que tous les malades chez lesquels Leyden a étudié le vomissement périodique, ont présenté, en dehors des crises gastriques, des symptômes tels qu'on ne peut s'empêcher d'y voir une manifestation tabétique. Il existe cependant des crises gastriques essentielles caractérisées par de la douleur, des vomissements et de la constipation, et survenant chez des individus sains. En dehors des crises, l'intégrité de l'estomac et du système nerveux est absolue. Rémond conclut qu'il faut rattacher cette affection à la catégorie des névroses, aux lésions *sine materia* du système nerveux.

Bouveret (7) a observé des crises de vomissements survenant à intervalles variables, chez un malade atteint d'hypersécrétion gastrique : « Cette « forme répond assez bien à cette affection que Leyden a décrite sous le nom de vomissement périodique. Ces crises d'hypersécrétion sont-elles de « nature tabétique ? C'est possible, mais on ne « peut l'affirmer, car le patient ne présente absolument aucun symptôme tabétique. Ces crises procèdent sans doute d'un trouble intermittent dans « l'innervation de l'estomac. »

Pour Mathieu (8) la majorité des cas de vomisse-

ment périodique seraient dus à une néphroptose méconnue. C'est un rein mobile qui est la cause de tous les troubles décrits par Leyden.

L'étude du vomissement périodique a été reprise chez l'enfant par des auteurs américains. Bien entendu, on ne parle plus de tabes. On ne le retrouve même pas dans les antécédents héréditaires des malades.

Pour Snow, le vomissement périodique est une névrose gastrique (9).

Holt, ayant examiné les urines d'une fillette atteinte de crises de vomissements, trouva qu'entre les accès la proportion d'acide urique était au dessus de la normale, tandis qu'elle tombait au dessous au moment des accès. Les crises sont sous la dépendance de l'élimination d'un excès d'acide urique. Christopher est du même avis.

Rotch, en présence de cas semblable chez un enfant nourri au sein, pensa a priori que les vomissements étaient dus à la mauvaise qualité du lait de la mère. Il analysa ce lait et y trouva un excès de matières albuminoïdes. Il réduisit la quantité des aliments azotés dans l'alimentation de la mère et l'enfant s'en trouva bien. Pour cet auteur il n'y a pas de lésion gastrique.

Rachford (10) dans une remarquable étude sur l'uricémie infantile, (lithœmia) consacre un chapitre aux troubles gastro-intestinaux. Nous y retrouvons

le vomissement périodique. — Certains des symptômes de l'uricémie sont dus à un excès d'acide urique. Les nouveau-nés éliminent des urates en excès dès les premiers jours de leur vie. Cet excès peut se retrouver dans les langes sous la forme d'un dépôt de sable rouge. L'urine contient des urates et des oxalates : elle est très dense et très acide.

L'acide urique et ses sels sont des corps inertes, incapables de déterminer par eux-mêmes des phénomènes toxiques ou nerveux. — Quand on introduit ces corps dans le sang, ils ne provoquent d'accidents que par leur insolubilité.

Il faut donc chercher ailleurs la cause des symptômes observés dans l'uricémie, et en particulier du vomissement périodique. Rachford la trouve dans une auto-intoxication.

L'accumulation graduelle de certains poisons dans le sang d'individus prédisposés, explique les décharges nerveuses paroxystiques. Ces poisons sont des produits de transformation de la nucléine. De la nucléine dérivent la guanine, l'hypoxanthine, la xanthine et l'acide urique qui résulte de leur oxydation.

Voici, du reste, les conclusions de Rachford :

1° L'acide urique et ses composés ne sont pas des poisons ;

2° L'hypoxanthine et l'hétéroxanthine sont de véritables poisons, des leucomaïnes, souvent associés dans les excréments avec l'acide urique ;

3° La paraxanthine et l'hétéroxanthine sont en quantité si faible dans l'urine normale que les phénomènes toxiques ne peuvent se manifester ;

4° La paraxanthine et l'hétéroxanthine sont excrétées en excès chez les malades uricémiques ;

5° L'urine de ces malades ne contient pas ces poisons dans l'intervalle des accès ;

6° La paraxanthine et l'hétéroxanthine sont excrétées mais non secrétées par le rein. Par conséquent, leur présence dans les urines montre que ces poisons étaient présents dans le sang avant leur excrétion ;

7° La paraxanthine et l'hétéroxanthine séparées de l'urine des malades pendant un accès, sont capables de produire chez les souris et les cobayes un groupe de symptômes semblables à ceux dont souffrent les malades ;

8° Aucun autre poison n'est capable de déterminer de pareils accidents.

Whitney (12) est frappé de l'analogie qui existe entre les crises de vomissement périodique et les accès de migraine. A l'exemple de Snow, il en fait une névrose gastrique. L'hypothèse d'un simple trouble gastrique ne le satisfait pas. L'hypéracidité signalée par Snow n'explique pas la périodicité des crises et l'état habituel de bonne santé. Il faut en chercher la cause fondamentale dans un trouble du système nerveux. C'est sur le système nerveux qu'agi-

raient les poisons accumulés dans l'organisme. Sur ce point Whitney est d'accord avec Rachford. Quelle est la nature de ces poisons ? on ne saurait le dire. Il est certain, en tout cas, qu'il leur faut un terrain prédisposé. Tous les malades appartiennent à des familles neuro-arthritiques.

En France, on s'est peu occupé du vomissement périodique chez l'enfant. M. le Dr Comby est le premier qui l'ait signalé (2). Quelques auteurs, cependant, en ont publié des cas typiques, mais ils les ont interprétés d'une façon différente.

M. le Dr Méry (13), dans la séance du 13 juin 1899, attire l'attention de la Société de Pédiatrie sur une forme caractérisée par des vomissements, un grand abattement, un amaigrissement rapide, et une constipation telle qu'elle simule parfois l'occlusion intestinale. Il n'y a pas d'élévation de la température, ni aucun symptôme de localisation cérébrale. La crise dure un temps variable, mais elle est sujette à récider.

Voici un résumé très succinct des 3 observations qui font l'objet de sa communication :

OBSERVATION 1

Garçon 15 ans. Père migraineux, mère nerveuse, dyspeptique avec entérite muco-membraneuse. Dès l'âge de 2

ans, il eut des crises de vomissements incoercibles, accompagnés d'abattement, d'une céphalée légère, d'une constipation absolue. Pas de fièvre. Ventre rétracté. Les accès se reproduisent 2 ou 3 fois par an, et durent de 4 à 7 jours.

Le traitement employé n'a pas de succès. L'amélioration coïncide avec le retour normal des fonctions intestinales. Les crises n'ont cessé qu'à l'âge de 11 ans.

OBSERVATION II

Garçon âgé de 3 ans. Première crise de vomissements du 20 au 31 janvier 98. Constipation, abattement; pas de fièvre. Phénomènes méningitiques. Ventre rétracté, mais pas de raie méningitique. L'abattement et la prostration vont en augmentant. C'est à partir du 30 janvier seulement qu'on écarte toute idée de méningite.

Le 31, les vomissements cessent, mais l'abattement est très grand. On fait des injections de sérum artificiel.

Cet enfant n'était pas habituellement constipé. Grand-père maternel migraineux.

Nouvelle crise le 17 mai 1878. M. le Dr Méry avait averti la famille d'un retour probable des crises. Celle-ci fut moins intense. On veille avant tout au bon fonctionnement de l'intestin, en donnant du calomel et en faisant de grands lavages de l'intestin. Petites menaces de crises le 2 juillet et le 15 août. Nouvelles crises en novembre 1898 et en mars 1899.

OBSERVATION III

(Recueillie par M. le D^r Conzette)

Fillette 9 ans. Bonne santé habituelle. Embarras gastriques assez fréquents.

Le 26 mars, elle se plaint de pesanteur à l'estomac.

Le 27, céphalalgie, inappétence.

Le 28, même état. L'enfant s'alite.

Le 29, vomissements sans efforts, se répétant toutes les 2 heures. Température : le matin 38°2. Constipation. On donne 25 grammes d'huile de ricin. Les vomissements sont incoercibles et surviennent dès qu'une goutte de liquide arrive dans l'estomac. Pouls fréquent.

Le 30, au matin, facies altéré, yeux cernés, aspect cholérique. Ventre légèrement déprimé. Dans la nuit du 30 au 31, agitation. A 2 ou 3 reprises, le pouls faiblit. Lipothymies qui nécessitent des injections d'éther et de caféine.

Le 31, on injecte 120 gr. de sérum artificiel. Vessie de glace à la région épigastrique. Vers le soir, les vomissements sont moins intenses. La constipation persiste. Nuit du 31 au 1^{er} avril plus calme.

Le 2 avril, quelques selles ovillées.

Le 3, l'état semble s'améliorer. Plus de vomissements, mais quelques nausées. Selles très fétides. On fait les lavages de l'intestin, mais la température est plus élevée. Elle s'élève encore dans la nuit du 3 au 4. A 3 heures du

matin, elle atteint 40° 6. Pouls précipité. On fait des enveloppements froids.

Le 4; la température est de 40° 2. Bains tièdes toutes les 2 heures. Entre ces bains, la température remonte. Pouls à 140. A une heure, il est à 150. A mesure qu'il augmente de fréquence, il diminue d'intensité. L'enfant succombe à 7 heures du soir.

L'enfant n'avait jamais eu d'autres crises.

Comme on le voit, les deux premières observations sont des cas typiques de vomissement périodique. Quant à la troisième, elle ne saurait entrer dans notre cadre. Elle diffère notablement des autres par l'hyperthermie croissante durant la crise et par l'absence de crises antérieures. M. le Dr Méry attribue tous ces troubles à une auto-intoxication résultant de la constipation opiniâtre et de l'accumulation des matières. Le dernier cas ne diffère des autres que par son intensité plus grande. Tout en accordant à l'intoxication intestinale le rôle principal, il pense que le système nerveux joue un rôle, mais un rôle secondaire dans le retour périodique des crises. Pour M. le Dr Méry, ces formes d'intoxication intestinale seraient analogues à celles que M. le Professeur Hutinel a décrites sous le nom de choléra sec (14).

Pour quelques auteurs, enfin, le vomissement périodique serait un vomissement purement réflexe dont il faudrait chercher le point de départ dans les

organes pelviens et génitaux : adhérences du prépuce, phimosis, vers intestinaux, etc.

Les hypothèses sont nombreuses, comme on le voit. La plupart des auteurs ont trouvé les causes occasionnelles de l'accès. Il en est peu qui aient songé à remonter à la cause première.

Le vomissement périodique ne s'observe guère que dans la seconde enfance, chez les enfants qui ont été nourris au sein, comme chez ceux qui ont usé du biberon, et indifféremment dans les deux sexes.

Deux faits capitaux dominent les antécédents de ces enfants : hérédité nerveuse et hérédité arthritique. Quand on fouille l'histoire de ces malades, on trouve constamment mais à divers degrés de fréquence ; la goutte, la migraine, l'obésité, l'asthme, le diabète, le rhumatisme ; ou bien, l'alcoolisme, l'épilepsie, les troubles mentaux, le nervosisme. Et ces manifestations diathésiques il ne faut pas les chercher seulement chez les parents, mais encore chez les grands parents, et les collatéraux.

Avec Rachford et M. le Dr Comby, nous considérons le vomissement périodique comme une manifestation de l'uricémie ou de l'arthritisme dans l'enfance ; il faudrait même dire du neuro-arthritisme.

Chez les enfants, l'arthritisme est en général à l'état latent. Il ne se traduit que rarement par de grands paroxysmes, bien qu'on observe chez eux

l'asthme vrai, l'obésité, le diabète, l'eczéma. La migraine est assez fréquente. On cite même les cas de goutte depuis un an (Gairdner) jusqu'à 15 ans (Bouchard). Le vomissement périodique peut succéder à une de ces manifestations ; il peut alterner avec elles. C'est avec la migraine qu'il offre le plus d'analogie. Dans l'observation de Rachford, on voit les crises de vomissements se transformer peu à peu. Des nausées succédèrent à des vomissements incoercibles ; l'abattement et la prostration diminuèrent ; il apparut de la céphalée, et en peu de temps, par une évolution progressive, des accès de migraine bien caractérisée eurent remplacé les crises de vomissements.

Le Dr Floyd, M. Crandoll cite un cas semblable. La migraine s'installa à l'âge de 2 ans.

Dans notre observation VII, des crises de migraine avaient précédé le vomissement périodique.

De même que l'arthritisme, est « la rançon de l'aisance et du bien-être », le morbus dominorum de Suétone, de même, le vomissement périodique ne s'observe guère que chez les enfants riches ou aisés. « Ces enfants arthritiques ne se rencontrent pas dans « les familles d'ouvriers, de paysans, de laboureurs ; « ils sont nombreux au contraire chez les banquiers, « les citadins, dans les classes riches, où le travail « manuel est négligé, ou la chère est trop abondante « ou trop succulente (Comby). »

Holt, Snow avaient remarqué la fréquence du

vomissement périodique chez les enfants de médecins dont la profession exige un travail cérébral continu. Le vomissement périodique n'est donc pas une affection de l'hôpital. C'est à peine si, de temps en temps, il s'en égare quelques cas dans les salles de consultation.

Nous ne mettons pas en doute l'influence provocatrice de certaines circonstances. Tous les auteurs ont signalé le rôle des émotions, du surmenage cérébral, des traumatismes, des opérations chirurgicales. Le malade de Snow eut des crises très violentes à la suite d'une amygdalotomie, de même que nous avons vu chez un adulte, un accès très violent de goutte succéder à l'ablation d'un lipome. Chez le même malade de Snow, où le tempérament nerveux dominait, une crise sévère coïncida avec l'expulsion de lombrices. Une autre crise survint à l'école à la suite d'une leçon difficile.

La mauvaise qualité de la nourriture, les écarts de régime ne jouent qu'un rôle secondaire. S'ils créent la dyspepsie, ils ne créent pas le vomissement périodique. Les enfants dyspeptiques sont très nombreux à Paris, et le vomissement périodique y est très rare. Il n'en est pas moins vrai que la dyspepsie ne peut qu'avoir une influence fâcheuse sur l'intensité des crises.

La constipation habituelle qui est souvent abolie au moment des crises, explique-t-elle à elle

seule les crises de vomissements ? Les poisons résultant de la fermentation des matières fécales dans l'intestin, sont-ils la cause de ces accès paroxystiques, ainsi que le veut M. le Docteur Méry ? Nous ne pouvons l'admettre complètement.

La constipation, dans la crise de vomissement périodique, se laisse difficilement vaincre par les laxatifs et les lavements. On obtient quelques selles, mais la crise elle-même n'en est que peu influencée et continue son cours. Le ventre, au lieu d'être ballonné et tympanisé comme dans l'obstruction intestinale, est au contraire rétracté, creusé en bateau comme dans la méningite. Pour nous, la constipation n'est qu'un des symptômes de l'affection que nous étudions ; elle n'en est pas la cause directe.

Les crises de vomissement périodique coïncident avec une diminution de l'acide urique dans les urines. Holt l'a vérifié. Nous pensons, avec lui, qu'il faut attribuer à un excès l'acide urique dans l'organisme, les crises périodiques de vomissement qui deviendraient ainsi analogues à l'accès de goutte chez l'adulte. Dans les gouttes, on voit souvent des crises gastriques précéder les arthrites goutteuses, ou alterner avec elles. Ces crises gastriques qui reviennent périodiquement sont caractérisées par une distension gazeuse de l'estomac, parfois une dilatation vraie, une intolérance gastrique poussée à un degré extrême et donnant lieu à des vomissements

répétés. Il y a en même temps de la fièvre et une prostration extrême. L'intestin est atteint lui aussi. Le ventre est rétracté. Il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. Dans les antécédents héréditaires de nos malades, la goutte est, de toutes les manifestations arthritiques, la plus fréquemment observée.



Diagnostic — Pronostic

Si le vomissement périodique, par l'ensemble de ses symptômes, par sa marche paroxystique est assez caractéristique pour qu'il soit impossible de le confondre avec une autre affection, il n'en est pas de même de la crise prise en elle-même. Le diagnostic est d'une difficulté extrême pour le médecin non prévenu, ou qui assiste au premier accès. L'idée d'une méningite tuberculeuse lui vient tout naturellement à l'esprit. Combien de méningites guéries, n'auraient été que des crises de vomissement périodique méconnues ? Dans notre observation X, on avait parlé 3 fois de méningite. Chez un malade de Seibert, ce diagnostic avait été porté à 5 reprises différentes. On conçoit l'inquiétude de la famille dans la crainte d'une crise fatale.

Comment éviter l'erreur ? Cela n'est guère possible quand on assiste pour la première fois à une crise : convulsions, vomissements incoercibles, constipation absolue, ventre creusé en bateau, fièvre,

pouls irréguliers, prostration ou au contraire agitation extrême ; céphalalgie dans quelques cas. On voit se dérouler la plupart des symptômes de la terrible affection. On n'observe, il est vrai, ni troubles du côté des pupilles, ni raideur de la nuque, ni raie méningitique. Mais ces signes importants pour le diagnostic manquent quelquefois dans la méningite la plus évidente, et ce ne sont pas des signes du début.

En présence d'une crise de vomissements incoercibles accompagnés de constipation absolue, et de prostration, il est de la plus grande importance d'interroger avec soin les parents sur les antécédents du malade. On peut leur rappeler une ou plusieurs crises antérieures, absolument semblables. La plupart ont été frappés de leur périodicité, mais sous le coup d'une émotion légitime ou pour toute autre cause, ils omettent d'en parler au médecin. Certains parents observateurs prévoient l'accès qui va éclater. Avec ces notions, le diagnostic n'est plus douteux. On peut à coup sûr écarter toute idée de méningite, car la méningite ne récidive pas. Elle ne fait pas de grâce.

On ne peut songer à une lésion de l'estomac pas plus qu'à une simple indigestion qui se termine avec l'évacuation de l'estomac. Une gastrite n'évolue pas par poussées périodiques, avec des intervalles de bonne santé. Elle a une cause, elle s'accompagne de douleurs.

La gastralgie peut avoir une tendance à la périodicité, elle peut s'accompagner de vomissements incoercibles, et d'autres symptômes nerveux : palpitations, essoufflement, mais la douleur est le symptôme dominant. Du reste la gastralgie est très rare chez les enfants.

Dans l'hyperchlorhydrie, on a observé des crises gastriques périodiques plus ou moins espacées, et rappelant, soit les crises de migraine, soit les crises tabétiques. Mais les malades souffrent entre les accès de douleurs qui surviennent de préférence quelques heures après les repas, et qui sont calmées par le vomissement.

Certaines crises appendiculaires, par leur début brusque, par les vomissements alimentaires et bilieux qui les accompagnent, par la constipation et la rétraction de la paroi abdominale, peuvent simuler les accès de vomissements périodiques. Dans les deux cas, les crises se répètent à des intervalles plus ou moins réguliers. Mais dans l'appendicite, la douleur localisée au point de Mac Burney est un élément précieux pour le diagnostic.

L'entérite muco-membraneuse peut survenir par crises, avec vomissements et constipation, mais il y a en même temps des douleurs très intenses, parfois extrêmement vives, arrachant des cris au malade. En examinant les selles on les trouve glai-reuses, filantes comme du blanc d'œuf cru ou bien

recouvertes de fausses membranes qui peuvent faire croire à la présence de vers intestinaux.

La migraine et le vomissement périodique sont deux affections analogues qui s'observent chez les mêmes individus, qui alternent entre elles, ou qui se succèdent à différents âges de la vie. On voit la crise de vomissement périodique, se transformer progressivement en accès de migraine et plus rarement la migraine précéder le vomissement périodique. Dans les périodes de transition le diagnostic peut être très délicat mais une erreur n'aurait aucune importance.

Voici d'après Snow, trois grands caractères permettant de différencier les crises de vomissement périodique des affections gastro-intestinales ou hépatiques et des troubles dus à une constipation opiniâtre :

1° Les accès sont séparés par des intervalles de santé parfaite ;

2° Les laxatifs, les lavages de l'intestin n'ont qu'une influence minime sur la durée et sur l'intensité des crises ;

3° La langue n'est pas toujours saburrale comme dans l'embarras gastrique ; le ventre, au lieu d'être ballonné est le plus souvent creusé en bateau.

Nous ajouterons, que la constipation, les affections gastro-intestinales sont d'une fréquence extrême, tandis que le vomissement périodique est d'une très grande rareté.

Le pronostic n'est pas grave. On ne meurt pas

de vomissement périodique, pas plus qu'on ne meurt d'un accès de migraine. Les malades se rétablissent très rapidement d'une affection qui, au premier abord, avait paru très dangereuse.

Le vomissement périodique est une des premières manifestations du neuro arthritisme dans l'enfance, et il n'est très rare peut-être, que parce qu'il est mal connu. C'est un cri d'alarme, qui deviendrait un avertissement salutaire si, dès leurs premiers ans, on soumettait ces petits malades à une hygiène et à un genre d'alimentation appropriés à leur tempérament. Il importe de reconnaître la diathèse avant qu'elle se soit traduite par les grands paroxysmes, pour instituer un traitement convenable.



Traitement

Le traitement a suivi les mêmes phases que l'étiologie. C'est dire combien il a varié. La plupart des auteurs se sont efforcés avant tout de combattre l'accès.

Snow, partant de cette idée que le vomissement périodique est une névrose gastrique ayant son point de départ dans le système nerveux central, prescrit le chloral et le bromure de potassium par voie rectale. Il y ajoute des fortifiants, le fer, l'arsenic ; il recommande l'exercice.

Holt institue avant tout une diète sévère. Il interdit l'usage de certains aliments tels que les sucres, les féculents et recommande les viandes. Christopher, au contraire les proscriit.

Snow insiste sur les lavages de l'intestin.

Rachford coupe le lait avec de l'eau d'orge ou de riz. Il y attache une grande importance. Les viandes sont contre-indiquées. Le lait, les céréales, le pain formeront la base de l'alimentation de l'enfant.

Pour Whitney, ce n'est pas tant l'accès qu'il faut traiter ; il faut par une alimentation choisie et bien réglée, modifier le tempérament de l'individu. Si l'accès est très intense on pourra faire des injections sous cutanées de morphine. On fera de l'antisepsie intestinale à l'acide de salol. Entre les accès le régime sera simple et non excitant. Il consistera en lait, féculents, fruits, auxquels on ajoutera de temps en temps un peu de viande.

Voici le traitement tel que nous le comprenons, tel que nous l'avons vu pratiquer. Nous diviserons son étude en 2 chapitres d'inégale importance : 1° Traitement de l'accès ; 2° Traitement dans l'intervalle des accès.

1° *Traitement de l'accès.* — En présence d'un accès de vomissement périodique le médecin doit chercher à en diminuer l'intensité. On éloignera toute cause d'excitation en faisant coucher le malade dans une chambre tranquille et bien aérée. On le tiendra dans un complet isolement, en même temps qu'on instituera une diète sévère. On ne cherchera pas à vaincre l'inappétence du malade ; on sait, par expérience, que toute tentative d'alimentation est suivie de vomissements pénibles. De temps en temps, on donnera quelques cuillerées d'eau ou de lait glacés, qu'on supprimera si l'intolérance gastrique est trop grande. On fera matin et soir un grand lavage de l'intestin avec un litre d'eau

bouillie, par la méthode de l'entéroclyse. On fera de l'antisepsie intestinale et générale en donnant du calomel à petites doses fractionnées, 4 centigrammes par exemple en 4 doses. La crise passée, on ne reviendra que progressivement à l'alimentation ordinaire. L'estomac est encore peu tolérant et ne supporte que les liquides.

2° *Traitement dans l'intervalle des accès.* — Le médecin doit chercher avant tout à empêcher le retour des accès. Il doit modifier l'état général, transformer le tempérament de l'individu.

C'est au moyen d'une hygiène et d'une alimentation appropriées que nous combattons la diathèse arthritique, que nous modifierons le tempérament nerveux.

Ces enfants n'aiment pas l'exercice, on exigera d'eux un certain travail musculaire. Ils aiment au contraire l'étude, on empêchera le surmenage cérébral, les longues heures passées sur les livres, en donnant de longues vacances, ou même en supprimant momentanément l'école. Suivant le conseil judicieux de Rachford, « le jeu de raquette, le tennis, la bicyclette, remplaceront les livres d'étude ». L'exercice augmente les oxydations et favorise l'élimination des poisons dont l'accumulation graduelle provoque l'accès. Ces poisons ne sont que des produits incomplètement élaborés. Dans tous ces exer-

cices corporels, on évitera la fatigue avec autant de soin qu'on écarte le surmenage cérébral.

Si l'enfant ne peut habiter la campagne toute l'année, on l'emmènera pendant quelques mois dans les montagnes où on lui fera vivre la vie des petits paysans.

On règlera avec soin l'alimentation. L'enfant prendra ses repas à heures fixes. Il mangera lentement. Le régime sera surtout végétarien. Tous les légumes seront bien cuits et réduits en purée. Certains légumes tels que les tomates, l'oseille, les asperges, les épinards qui contiennent beaucoup d'acide oxalique seront écartés. De temps en temps, on permettra quelques viandes blanches bien cuites et sans sauce. Les épices, les sucreries, les mets fermentés ou crus, seront rigoureusement proscrits.

Comme boisson, les malades prendront du lait ou de l'eau rougie par petites quantités à la fois. Le vin, le café, les liqueurs alcooliques seront supprimées. Il en sera de même de tous les vins dits fortifiants dont on fait un si grand abus et qui n'ont qu'un résultat, celui d'aggraver les dyspepsies.

Pour combattre la constipation habituelle, on donnera chaque jour de petites doses de magnésie calcinée associées à du bicarbonate de soude. Comme l'estomac des malades est souvent dilaté et atone, on y joindra la poudre de noix vomique à la dose de 5

milligrammes par jour et par année d'âge. De temps en temps on purgera l'enfant. On emploiera, de préférence, la Scammonée, le Jalap et le Calomel associés.

On fera largement fonctionner la peau par des frictions sèches, par le massage, les enveloppements froids. On favorisera ainsi l'élimination des poisons, en même temps qu'on combattra l'élément nerveux.

Voici le traitement tel que nous l'avons formulé dans notre observation X.

1° Régime végétarien : quelques viandes blanches, quatre repas par jour, dont 2 principaux pris à heure fixe. Comme boisson, 2 verres de lait ou d'eau rougeie.

2° Tous les soirs, frictions sèches sur tout le corps pendant 5 minutes avec un gant de crin.

3° Tous les matins, une séance de drap mouillé d'une heure.

4° Prendre pendant 8 jours sur 15, aux deux principaux repas, dans un peu d'eau ou de lait, un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude. . . .	{	ââ 0,20 centigrammes
Magnésie calcinée		
Poudre de noix vomique		0,015 milligrammes
Pour un paquet		N° 30

5° De temps en temps donner un purgatif. On profitera des périodes où le malade ne prend pas les paquets.

Prendre dans un peu d'eau ou de lait le paquet suivant :

Poudre de Jalap	} à 0,20 centigrammes
Poudre de Scammonée . .	
Calomel à la vapeur. . .	0,10 centigrammes



Conclusions

1° Il existe chez les enfants un syndrome rare caractérisé par des crises périodiques de vomissements, accompagnées de constipation absolue et d'un état général grave, et survenant chez des enfants habituellement bien portants. A l'exemple de Leyden, nous décrivons ces troubles sous le nom de vomissements périodiques.

2° Les enfants chez lesquels on observe le vomissement périodique sont des uricémiques ou des neuro-arthritiques. C'est à un excès d'acide urique qu'il faut attribuer les crises paroxystiques dont ils souffrent.

3° Il faut combattre la diathèse elle-même plutôt que l'accès. On y arrive par une alimentation choisie et bien réglée et une hygiène sévère.

Vu : Le Président de la Thèse,
M. DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

1. LEYDEN. — Ueber periodisches Erbrechen (Gastrische Krisen) (Zeitschrift für Klinische medicin, 1882).

2. COMBY. — Du vomissement périodique (Archives de médecine des Enfants, juin 1899).

3. COMBY. — Traité des maladies des enfants. Tome 2, (Arthritisme).

4. DEBOVE. — Communication à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 11 janvier 1889).

5. CHARCOT. — Leçons du mardi, 19 février 1889.

6. RÉMOND (de Metz). — Des crises gastriques essentielles (archives générales de médecine, juillet 1883).

7. BOUVERET. — Revue de médecine, 1894, p. 156.

8. MATHIEU. — Société médicale des Hôpitaux, 21 octobre 1892.

9. SNOW. — The gastric neurosis (The archives of pediatrics. Décembre 1893).

10. RACHFORD. — The lithœmia (The archives of pediatrics. Août et septembre 1897).

11. HOLT. — The archives of pediatrics. Août 1897.

12. WHIDNEY. — Cyclic vomiting (The archives of pediatrics. Novembre 1898).

13. MÉRY. — Sur une forme d'intoxication intestinale avec constipation (Bulletin de la Société de pédiatrie. Séance du 13 juin 1899, page 105).

14. HUTINEL. — Semaine médicale, 25 janvier 1899.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.

